**Wykaz placówek świadczących usługę**

Ja/my niżej podpisany/i działając w imieniu i na rzecz (nazwa i adres Wykonawcy)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

w zakresie przedmiotu zamówienia: **świadczenie w 2022 r. usług pocztowych, w obrocie krajowym (tj. lokalnym – Powiat Skarżyski i krajowym obszar całej Polski) oraz zagranicznym dla Powiatowego Urzędu Pracy w Skarżysku-Kamiennej w zakresie wyszczególnionym w art. 2 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1041 z późn. zm.)**

podaję/my wykaz placówek do wykonania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miejscowość | | Dokładny adres | | Telefon | Godziny otwarcia | Podstawa  do dysponowania tymi placówkami |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | 5 | 6 |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  |  |
| …………………………………….,  Miejscowość | | …………………….  data | | ………………………………………………………………………………………….……………  (podpis/y osoby/osób uprawnionej/nych do reprezentacji Wykonawcy) | | | |

**Wykaz musi zostać podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.** **Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie .pdf**